

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

355

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

Gaston CHOISNET

Né à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe), le 1^{er} avril 1867

PATHOGÉNIE & TRAITEMENT

DES

ABCÈS PÉRIURÉTHRAUX

DE LA RÉGION PÉRINÉALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
RICARD et SEBILEAU, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

355

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Gaston CHOISNET

Né à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe), le 1^{er} avril 1867

PATHOGÉNIE & TRAITEMENT

DES

ABCÈS PÉRIURÉTHRAUX

DE LA RÉGION PÉRINÉALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
RICARD et SEBILEAU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	PANAS.
Clinique ophthalmologique.	TARNIER.
Cliniques d'accouchements.	{ PINARD.
	{ TILLAX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN.	MM. DEJERINE.	MM. MARFAN.	MM. RETTERER.
ANDRÉ.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROYER.
BAR.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GILBERT.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
	LETULLE.	QUENU.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Reconnaissance et souvenir affectueux

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYROT
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN A L'HÔPITAL DE LA Pitié

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

ABCES PÉRIURÉTHRAUX

DE LA RÉGION PÉRINÉALE

INTRODUCTION

Les abcès périurétraux ou abcès urineux, sont des collections limitées de pus au voisinage et sous la dépendance des voies urinaires, qu'il y ait ou non communication avec l'urètre.

Les anciens appelaient ces abcès des *dépôts urineux* : on croyait que l'urine seule était capable de les produire et qu'un épanchement de liquide urinaire était nécessaire pour produire l'abcès ; ce qui est vrai pour une classe d'abcès. Pour ces auteurs l'urine seule formait l'abcès, on ne parlait pas encore des micro-organismes ; et suivant le degré d'épanchement on avait soit un abcès soit une infiltration d'urine.

Voillemier disait qu'une petite déchirure de l'urètre en arrière d'un rétrécissement était toujours nécessaire pour que l'urine passe et détermine un abcès : il pensait qu'il y avait toujours

communication entre l'urèthre et le foyer purulent.

Les théories microbiennes ont jeté un nouveau jour sur la pathogénie des abcès périurétraux : on sait, en effet, que l'urine normale est aseptique (M. Pasteur) et qu'elle peut déterminer un abcès seulement quand elle est altérée et contaminée par les micro-organismes : elle devient alors un très bon milieu de culture. L'urine épanchée dans le tronc cellulaire périurétral s'altère par stagnation et est rendue aseptique par les microbes : ces abcès sont en communication avec l'urèthre : mais à côté de ce genre d'abcès existe une autre variété d'abcès purement microbiens sans communication avec l'urèthre ; en effet quand le pus se fait jour au dehors on ne voit pas une goutte d'urine s'écouler au dehors ; ce qui a induit les auteurs en erreur, c'est la très grande fluidité de ce pus et aussi sa fétidité, on pensait que tous les abcès urinaux contenaient de l'urine ce qui était inexact. Quelquefois cette communication avec l'urèthre se fait dans les jours qui suivent l'ouverture de l'abcès ; c'est que l'urèthre, ayant longtemps baigné dans le pus, a fini par s'altérer dans un point ; et la fissure se fait en ce point noirci résistant sous l'impulsion de la miction. Donc deux grandes classes d'abcès :

- 1° Ceux qui communiquent avec l'urèthre ;
- 2° Ceux qui ne communiquent pas avec les voies urinaires.

Nous savons que le pus des abcès est toujours formé par des micro-organismes. Dans ces dernières années on a fait des recherches pour savoir quels genres de microbes se trouvaient dans les abcès.

Les premiers travaux ont été faits au laboratoire de M. le Professeur Guyon à Necker, ils ont fourni des indications précieuses sur les agents pathogènes de l'infection urinaire et en particulier des abcès urinaires.

M. Bouchard décrivit le premier une bactérie spéciale de ces abcès et, en 1888, MM. Albarran et Hallé découvraient qu'en plus des microbes ordinaires des suppurations, les abcès périurétraux contenaient une bactérie appelée par eux *Bactérie pyogène* et par Clado, bactérie septique de la vessie. Ils étudiaient son rôle dans l'infection urinaire. Cette année M. Reblaud, dans une communication, et M. Renault, dans une thèse, ont identifié la *Bactérie pyogène* ou *Bacterium coli commune*.

Voillemier distinguait deux variétés d'abcès : les abcès aigus et les abcès chroniques, nous conservons cette division qui est encore admise aujourd'hui avec juste raison.

Nous verrons qu'il faut instituer un traitement prématuré pour ces abcès ; et de cette façon on évitera souvent les deux grandes complications des abcès urinaires, les fistules urinaires et surtout l'infiltration urinaire.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous nous permettrons ici de remercier nos maîtres dans les hôpitaux des bons conseils qu'ils nous ont donnés, et de leur affabilité à notre égard pendant tout le temps que nous avons passé auprès d'eux, c'est pour nous un devoir agréable.

Nous remercions publiquement M. le professeur Tillaux qui fut notre premier maître dans les hôpitaux et guida nos premiers pas en chirurgie. Nous garderons toujours la plus vive reconnaissance des bons conseils qu'il nous a donnés, qu'il veuille bien recevoir nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Nous rendons un pieux hommage à la mémoire de nos maîtres : M. le Professeur Damaschino et M. le Professeur Ball qui nous ont initié à la pratique de l'auscultation. Nous garderons toujours un souvenir des bons instants passés auprès de ces vénérés maîtres.

Nous prions MM. Pozzi et Landouzy d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude, ils nous ont fait beaucoup d'honneur en nous acceptant comme externe dans leur service.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle M. le Docteur Peyrot, nous a reçu dans son service à Lariboisière pendant notre dernière année d'externat; nous le remercions d'avoir mis à notre disposition les observations de son service.

Que M. le Professeur Pinard veuille bien rece-

coir l'hommage de notre reconnaissance pour les bonnes leçons que nous avons reçues pendant notre stage d'accouchement à la clinique Baudelocque.

Nous remercions aussi MM. les Docteurs Bazy, Malecot et Chevalier de l'amabilité avec laquelle ils se sont mis à notre disposition pour notre thèse, et qu'ils reçoivent l'assurance de notre sincère gratitude.

ETIOLOGIE PATHOGÉNIE.

Les abcès périurétraux de la région périnéale se développent généralement entre l'aponévrose moyenne et l'origine des bourses autour du canal de l'urèthre : ce sont des collections limitées de pus au voisinage et sous la dépendance des voies urinaires.

On a pensé longtemps que l'urine seule pouvait produire ce genre d'abcès, et on faisait surtout intervenir la théorie mécanique, du jet d'urine venant frapper contre un rétrécissement formant une dilatation derrière ce rétrécissement, enfin si la poche venait à trop se détendre, l'urèthre crevait (Chopart) et suivant quel épanchement d'urine dans le tissu cellulaire périurétral était plus ou moins abondant, on avait l'infiltration d'urine ou l'abcès urineux.

On attribuait à l'urine d'être très septique et de produire à elle seule les abcès (Voillemier), mais cette théorie de l'urine normale septique a été combattue par M. Pasteur qui a démontré que l'urine normale s'écoulant régulièrement sans stagnation dans l'urèthre était aseptique, mais cette urine peut devenir septique par séjour dans un point, elle s'altère par infection des micro-organismes, et devient un bon milieu de culture

microbienne. — Ces microbes peuvent venir de la vessie, même des reins ou exister dans le canal de l'urèthre.

Le plus souvent les abcès périurétraux se développent en arrière d'un rétrécissement, ce qui a fait dire que ce rétrécissement était nécessaire pour produire l'abcès ; cependant quelques-uns de ces abcès ne sont pas produits de cette façon : dans quelques cas on a observé ces abcès sans trace de rétrécissement appréciable ; — Ces abcès consécutifs à un rétrécissement peuvent avoir pour lieu d'élection tout le canal de l'urèthre ; mais on les trouve le plus souvent au niveau de la région bulbo-périnéale.

Dans ce travail nous nous occupons des abcès de cette région.

L'abcès périurétral peut être primitif, c'est le cas de certains abcès qui se développent quelquefois dans la blennorrhagie, on range aussi dans cette classe d'abcès primitif, ceux qui se forment par irritation ou infection : ils sont toujours aigus et mettent peu de temps à évoluer.

L'abcès peut être secondaire, par exemple quand il est formé par l'inflammation d'une poche urinaire ancienne, ce sont des abcès chroniques qui s'observent surtout chez les vieux urinaires.

Les abcès surviennent à la suite de déchirure de l'urèthre, de fausses routes, de corps étrangers ou de calculs ; il a produit une congestion et une irritation de la muqueuse ; et les micro-organis-

mes imprègnent vite cette irritation et produisent l'abcès aigu ou chronique. Il y a infection locale par les micro-organismes qui existent à l'état normal dans le canal de l'urèthre.

Les abcès chroniques récidivent souvent à la suite d'excès de table ou de coït dans ce dernier cas, on explique la formation de l'abcès par une déchirure qui se serait faite au moment de coït violent et souvent répété : en admettant que l'urèthre fût déjà malade.

En général on observe surtout les abcès périuréthraux comme conséquence d'un rétrécissement. Il se forme en arrière de celui-ci une dilatation du canal ; car l'urine à chaque miction venant buter contre un obstacle dilate le canal au-dessus de cet obstacle. Cette dilatation favorise la stagnation de l'urine et par suite son infection par les microbes de l'urèthre. Sous cette influence, la muqueuse s'imprègne de micro-organisme et sous l'influence d'une pression à la miction il peut se faire une éraillure ou une fissure qui laisse passer soit quelques gouttes d'urine qui subit l'infection microbienne, ou bien les micro-organismes seuls. Les abcès périuréthraux ne sont pas aussi intimement liés à l'existence d'un rétrécissement, qu'on voulait le prétendre autrefois, et n'ont pas une origine aussi mécanique qu'on le suppose, puisqu'on voit des abcès survenus sans structure appréciable du canal et dans ce dernier cas les abcès sont exclusivement formés de microbes et on n'y trouve jamais d'urine.

L'abcès se forme presque toujours en arrière du rétrécissement sur la portion de muqueuse qui est altérée ; mais on observe aussi des abcès qui se développent au niveau même du point de structure et non en arrière de ce point ; on peut dire que l'envahissement des tissus périuréthraux par les micro-organismes est préparé par le rétrécissement mais qu'il n'est pas la conséquence mécanique de ce rétrécissement (M. Bazy). L'étroitesse du rétrécissement et les altérations du canal en arrière, ne sont pas toujours en rapport avec le degré de structure ; les micro-organismes envahissent le tissu de nouvelle formation dont se compose le rétrécissement, car il y a congestion dans ce point, et là se forment les abcès périuréthraux ; quelquefois ces rétrécissements assez serrés au moment de la période de l'abcès disparaissent après l'évacuation du pus. Si on avait exploré le canal avant l'ouverture de l'abcès, on aurait pu avoir du mal à passer. Après l'évacuation du pus on trouve un canal plus accessible, moins étroit et quelquefois tout à fait libre, ce qui prouve que les abcès périuréthraux peuvent exister sans rétrécissement par simple inflammation locale arrivée d'infection microbienne. — Les conditions qui favorisent la formation des abcès sont surtout le degré d'infection de l'urèthre et de l'urine, ajouté à la moindre résistance de l'organisme à l'infection.

Au point de vue pathogénique, on divise les abcès périuréthraux en deux grandes catégories :

1° Abscès qui se forment par irritation du tissu cellulaire périurétral sans communication avec le canal de l'urèthre et contenant des micro-organismes sans urine ;

2° Abscès formés par une petite quantité d'urine épanchée dans le tissu cellulaire périurétral, et infectés secondairement par les micro-organismes. Toujours ces abscesses sont en communication avec l'urèthre par une fissure ou une petite ulcération.

Pour produire la pénétration de l'urine dans le tissu cellulaire périurétral, trois facteurs sont nécessaires : un rétrécissement plus ou moins serré, une altération du canal (inflammation de canal), la muqueuse de l'urèthre par des uréthrites chroniques, enfin la force de la contraction vésicale au moment de la miction : l'urine poussée contre le rétrécissement dilate le canal et peut ainsi arriver à la fissure. Les lésions de l'uréthrite chronique sont surtout accusées au niveau du bulbe de l'urèthre, d'où le lieu d'élection des rétrécissements et des abscesses périurétraux. Le canal présentant à cet endroit une moindre résistance, on comprend qu'une fissure se fasse facilement ; et suivant que l'épanchement d'urine est plus ou moins abondant, on aura une infiltration d'urine ou un abcès périurétral.

Dans les abscesses de la première catégorie, les parois de l'urèthre sont infiltrées de micro-organismes et cette double circonstance, tension exagée-

rée de l'urine sur ces parois, et imprégnation microbienne, suffit à expliquer le passage des éléments septiques à travers les parois de l'urèthre, en dehors de toute solution de continuité apparente du canal.

Dans quelques cas, il y a éraillure de la muqueuse, mais cette éraillure laisse passer les micro-organismes et non le pus.

Dans les abcès avec épanchement d'urine, si la quantité d'urine est minime, elle produit une irritation qui forme une coque qui suppure abondamment, et finit par former un abcès périurétral.

Il est des abcès aigus qui débutent par une folliculite des glandes de la région bulbo-perméale ; il se forme ensuite une périfolliculite, et enfin l'inflammation gagne le tissu cellulaire ambiant, elle y forme un noyau circonscrit de suppuration et un abcès périurétral.

Gransard pensait que par suite de l'induration des tissus à la suite de blennorrhagies chroniques, il se produisait une sclérose du canal, et pendant le coït de petites déchirures pouvaient se faire le long du canal, déchirures qui donnaient lieu à de petits hématomes ; ceux-ci infectés s'ouvraient dans l'urèthre après suppuration, il y avait alors fissure du canal, et l'urine passait par cette fissure et produisait les abcès périurétraux : cette théorie est très admissible.

En résumé, au point de vue pathogénique, il y a 2 variétés d'abcès périurétraux :

1° Ceux qui n'ont aucune communication avec l'urèthre et sont purement microbiens ;

2° Ceux qui sont formés par un épanchement minime d'urine à travers une fissure, urine qui, par stagnation, est infectée par les microbes de l'urèthre, de la vessie ou du rein.

Bactériologie. — Les abcès périuréthraux sont donc des abcès formés par des microbes, et quels sont ces microbes ? Jusqu'à ces dernières années, à part M. Bouchard, on n'avait fait aucune recherche sur les microbes de l'appareil urinaire.

L'école de Necker fit les premiers travaux de bactériologie, et a fourni des indications très précieuses sur les agents pathogènes de l'infection urinaire en général, et des abcès périuréthraux en particulier.

Les micro-organismes existent en grand nombre dans les voies urinaires et beaucoup d'entre eux peuvent produire la suppuration quand ils se trouvent dans des circonstances favorables à leur développement. Ces micro-organismes pénètrent dans l'urèthre ou y existent à l'état normal. Ils peuvent aussi pénétrer dans l'appareil urinaire par le sang et la circulation générale.

Dans l'urèthre, on trouve tous les microbes ordinaires des suppurations : staphylocoques, streptocoques pyogènes aureus, albus, citreus, urobacillus liquefacium septicus de Krogins, et les espèces nouvelles décrites par Rovsing ; enfin une bactérie étudiée successivement par plusieurs auteurs.

Cette bactérie avait été étudiée une première fois par M. Bouchard. MM. Albarran et Hallé en août 1888 étudièrent la bactérie de l'infection urinaire et l'appelèrent *bactérie pyogène* : ils ont démontré quel était son rôle dans l'infection urinaire et particulièrement son état de pureté dans le pus des abcès périurétraux. M. Clado qui s'était déjà occupé de cette bactérie la nomma *Bactérie septique de la vessie* et prouva ainsi qu'elle déterminait des abcès.

Cette bactérie est longue de 1 μ 6 sur 0 μ 5 d'épaisseur, elle est mobile, facile à colorer et à cultiver.

M. Clado en décembre 1888 ayant examiné le pus de plusieurs abcès, trouva cette bactérie associée à d'autres microbes pyogènes (streptocoques, staphylocoques).

MM. Tuffier et Albarran en 1890 ayant examiné aussi le pus d'abcès périurétraux, on constate la bactérie pyogène à l'état de pureté et une fois associée à des microcoques, mais cependant la bactérie prédominait. Souvent l'examen sur une simple lamelle ne montre rien et donne des résultats négatifs : il faut faire des cultures.

MM. Horteloup et Bordas ont signalé un cas d'abcès à microcoque à l'exclusion du genre bacille : la recherche a été faite avec soin et les résultats contrôlés par différentes cultures.

M. Reblaud (1893) après de nombreuses recherches a remarqué qu'il y avait grande ressemblance

entre la bactérie pyogène et le *Bactérium coli commune*. Il y a, dit-il, grande analogie entre le bacterium coli et les organismes étudiés par MM. Clado, Hallé, Albarran.

Le coli bacille par son séjour dans les voies urinaires peut changer de forme suivant le milieu où il se trouve.

Dernièrement M. Renault (thèse de Paris 1893) est venu affirmer que la bactérie pyogène n'était autre que le bacterium coli commune qui, suivant le milieu, présente diverses variétés.

Nos connaissances bactériologiques ne nous permettent pas de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces opinions, nous nous sommes contentés de relater les divers travaux sur les bactéries pyogènes de l'infection urinaire et des abcès périuréthraux.

SYMPTOMATOLOGIE. — PRONOSTIC.
DIAGNOSTIC

Symptomatologie. — Voillemier distinguait deux variétés d'abcès : les abcès aigus et les abcès chroniques. Nous suivrons cette division.

Abcès aigus. — Les abcès aigus débutent par une douleur à la région périnéale au voisinage de l'anus : bientôt accompagnés d'une petite induration qui siège entre l'anus et les bourses. Cette petite induration, située exactement sur la *ligne médiane*, fait de rapides progrès, devient grosse comme une noix et même comme un petit œuf de poule ; cette tumeur est d'une très grande dureté, quelquefois même elle est mal délimitée, et s'accompagne d'une sensation de pesanteur du côté du périnée et du rectum. Le malade est gêné pour s'asseoir et pour marcher.

Cette tumeur a une forme oblongue dont la grosse extrémité répond souvent au bulbe : au début la couleur de la peau n'a pas changé ; cette peau n'est pas adhérente à l'induration qui semble faire corps avec l'urèthre et l'entourer comme un manchon. — Les mictions qui jusqu'alors avaient été normales (à moins qu'il n'existe un rétrécissement antérieur) deviennent plus fréquentes, plus difficiles ; le malade a de la peine à vider sa vessie,

quelquefois ces mictions s'accompagnent de douleurs périnéales, il peut même y avoir rétention complète d'urine.

L'abcès est devenu très douloureux, surtout à la pression, et oblige le malade à garder le lit; les urines sont purulentes; la fluctuation n'est pas toujours évidente, bien qu'elle existe, ce qui s'explique par la profondeur à laquelle se trouve l'abcès. La faim s'allume, souvent peu violente, avec perte d'appétit. La douleur devient pongitive et insupportable et prive le malade de sommeil. La peau du périnée devient rouge et chaude avec tous les caractères du phlegmon; la fluctuation devient évidente; la tumeur adhérente alors à la peau est quelquefois animée de battements, mais il ne faut pas attendre cette période pour intervenir.

Abcès chroniques. — Ces abcès débutent aussi par une induration, mais la marche est beaucoup plus lente et la suppuration ne s'établit souvent qu'après un temps fort long. Généralement le malade présente avant cette induration des signes manifestes de rétrécissement (mictions longues, jet d'urine en tirebouchon). Les indurations augmentent peu à peu de volume, et la peau du périnée reste normale et non adhérente. L'induration reste stationnaire, et peut acquérir le volume d'une petite noix et plus. Le malade est seulement gêné par la difficulté d'uriner; les mictions sont difficiles; le jet est en tirebouchon, cela vient du

rétrécissement concomittant; quelques gouttes d'urine restent derrière le rétrécissement et s'écoulent après la miction. — Cette masse indurée ne provoque aucune douleur, le malade peut marcher et s'asseoir facilement. Il y a bien cependant un peu de pesanteur à la région périnéale. L'état général reste bon, mais sous l'influence d'une fatigue, d'une marche forcée, d'un cathétérisme maladroît, d'un excès de coït ou d'une tentative de dilatation du rétrécissement, les indurations qui étaient indolores et stationnaires comme volume deviennent douloureuses, et augmentent de volume, et l'abcès chronique passe à la phase aiguë et suppure. On a alors tous les symptômes de l'abcès aigu précédemment décrit.

Si les abcès (aigus ou chroniques) siègent à la région membraneuse en arrière de l'aponévrose moyenne, le pus se forme dans la région périnéale supérieure. La collection purulente est bridée par cette aponévrose moyenne et ne peut faire qu'une faible saillie du côté du périnée; elle se porte vers le rectum et la fosse ischio-rectale et se traduit au dehors par de l'empâtement et plus tard par la formation de plaques de spacles rapprochées de l'anus. Ces cas sont peu fréquents. Beaucoup plus souvent le développement de l'abcès se fait au niveau de la région bulbaire en avant de l'aponévrose moyenne et dans la loge périnéale inférieure. La description donnée plus haut se rapporte surtout aux abcès siégeant dans cette ré-

gion, et qui forment une saillie appréciable au périnée.

Quand l'abcès est bien formé, la fièvre tombe et la douleur est moins vive.

Marche. Terminaison. Pronostic. — Les abcès périurétraux aigus ont une marche rapide et arrivent vite à la suppuration ; les abcès chroniques ont une marche lente. Il y a des abcès à marche intermédiaire entre les abcès aigus et les abcès chroniques.

L'abcès une fois formé peut se terminer de plusieurs façons si on n'intervient pas ; il peut s'ouvrir dans l'urèthre, ce qui est très rare, dans le rectum (observation rapportée) où l'évacuation du pus se fait par la peau, ce qui est le plus fréquent.

Quand l'abcès s'ouvre dans l'urèthre, le malade sent que son linge est mouillé ; cette sensation est accompagnée d'un soulagement subit, la douleur disparaît. Le pus qui souille le linge est horriblement fétide et assez fluide ; de couleur jaunâtre, le pus sort surtout pendant l'intervalle des mictions et l'écoulement s'arrête quand on presse sur la racine de la verge ; cet écoulement purulent dure plusieurs jours et va en diminuant. L'abcès peut se déterger complètement et se fermer de lui-même en laissant autour du canal un noyau induré calleux qui pourra disparaître ou persister longtemps et sera l'origine de nouveaux abcès.

Si l'ouverture de l'abcès se fait par la peau,

celle-ci rougit, devient chaude et se sphacèle, le pus se fait alors jour au dehors. Quand l'écartement des lèvres de l'abcès est suffisant, on aperçoit des dégâts beaucoup plus grands qu'on ne le croyait : l'urèthre paraît comme disséqué, quelquefois même il est ulcéré et l'urine s'écoule par le périnée à chaque miction. Avec le doigt ou une sonde, on peut sentir les anfractuosités et souvent des fusées purulentes vers la racine de la verge, car les abcès périurétraux ont une grande tendance à fuser de ce côté ; quelquefois l'ouverture de l'abcès, au lieu d'être large, est formée de petits pertuis qui laissent échapper le pus ; on a alors une ouverture en pompe d'arrosoir.

Sitôt l'abcès ouvert, le malade est soulagé, la fièvre tombe, l'appétit revient avec les forces, et les mictions qui étaient difficiles, quand il n'y a pas rétention complète, deviennent plus faciles. L'abcès qu'on laisse aller jusqu'à maturité suppure longtemps et reste souvent fistuleux. En effet, le pus baignant longtemps l'urèthre le dissèque, et si la communication n'est pas déjà établie quand l'abcès s'ouvre au dehors, cette communication peut s'établir dans les jours qui suivent : on voit des abcès qui d'abord ne communiquaient pas avec l'urèthre, puisqu'au moment des mictions l'urine ne s'écoulait pas par la plaie périnéale et qui, dans les jours suivants, laissent passer l'urine. Une fistule s'est établie ; l'urèthre, étant disséqué et souvent altéré dans un point, n'a

plus la force de résister à la force de la miction venant buter contre le rétrécissement, et le canal se crève au point qui est altéré.

Les fistules pourraient se fermer d'elles-mêmes, mais le plus souvent elles persistent. D'où l'utilité d'intervenir de bonne heure pour éviter cette complication gênante pour l'avenir.

Si on laisse l'abcès aller jusqu'à maturité, on s'expose à une complication encore beaucoup plus grave que les fistules : nous voulons parler de l'infiltration urinaire. Le malade est pris soudain, pendant une miction, d'une vive douleur ; il a la sensation d'urine qui s'écoule, et cette urine passe par le tissu cellulaire. Alors le gonflement du périnée augmente, gagne tout le scrotum, la racine de la verge et la région sus-pubienne. Ces parties infiltrées deviennent rouges et oedématisées, en même temps les plaques de gangrène se forment, et quand l'eschare tombe, souvent le testicule est à nu. Le malade est pris de malaise, d'angoisse et de prostration ; la température s'élève (40°), le pouls est petit, faible, des sueurs froides couvrent le front et tout le corps ; le facies est grippé, terreur ; il faut intervenir vite et ne pas perdre une minute, et souvent on arrive trop tard pour sauver le malade.

Les abcès non soignés sont donc dangereux, puisqu'on doit toujours craindre les fistules et surtout l'infiltration d'urine quand on intervient trop tard.

Les indurations qui persistent après la guérison de l'abcès sont une source de récidives presque certaine si le traitement complet n'est pas fait.

Il est bien rare que ces abcès se terminent par résolution ; on en a cependant observé plusieurs cas.

Diagnostic. — On pourrait confondre les abcès périuréthraux avec les abcès des glandes de Cowper ou de Méry. Cette variété d'abcès appelée cowperite ou péricowperite s'observe surtout dans le cours de la blennorrhagie aiguë au 3^e ou 4^e septenaire. La région prébulbaire devient douloureuse, et une petite tumeur se développe, bien limitée et non adhérente à la peau. Elle est allongée, ovoïde et pyriforme à grosse extrémité, tournée vers l'anus, tandis que la petite extrémité regarde le bulbe ; cette tumeur est de la grosseur d'une moitié de noix, mais ce qui la distingue surtout de l'abcès périurétral, c'est qu'elle ne siège pas sur la ligne médiane, mais elle est *latérale* au raphé médian ; elle est située entre le muscle transversé du périnée et la protubérance bulbaire.

L'inflammation gagne le tissu cellulaire périglandulaire et forme un adeno-phlegmon qui a été souvent confondu avec l'abcès périurétral, et se complique de fistule difficile à guérir.

La poche urineuse peut simuler aussi un abcès périurétral chronique ; mais elle a des caractères spéciaux qui permettent de ~~faire le~~ diagnostic, elle peut il est vrai, donner naissance à un abcès.

La poche urinaire est située aussi sur la ligne médiane, elle est produite généralement par un rétrécissement ; sa forme est ovoïde ou globuleuse. A chaque miction, cette poche se remplit d'urine, mais une fois pleine il suffit de presser d'arrière en avant sur cette tumeur pour la voir disparaître, elle se vide par la pression.

Dans l'infiltration d'urine, le gonflement s'étend non seulement au périnée, mais encore [au scrotum, à la verge et à la région sus pubienne ; la peau est rouge et sphacélée, la température très élevée, et l'état général très grave.

Quelquefois on trouve à la région périnéale des abcès par congestion, il faut y penser ; les abcès forment généralement une masse un peu latérale, indolore, sans changement de coloration de la peau, on est souvent mis sur la voie du diagnostic par des douleurs bien limitées à un point de la colonne lombaire ou par une déviation vertébrale ; c'est surtout à l'aide de la palpation bimanuelle qu'on fera le diagnostic ; d'une main on déprime fortement les parois de l'abdomen, de l'autre on palpe la tumeur périnéale ; on sent alors la fluctuation.

On a aussi observé à la région périnéale des gommès syphilitiques qui peuvent suppurer, le diagnostic est quelquefois difficile ; on a signalé aussi plusieurs cas de sarcomes qui avaient été confondus avec un abcès périurétral.

L'abcès ischio rectal se distingue facilement par son siège; il est toujours situé en arrière de la ligne bi-ischiatique, tandis que l'abcès urineux est situé en avant de cette ligne.

de l'uréthrotomie interne, quand une simple dilatation aurait suffi à rétablir le diamètre normal du canal.

1^o Méthode de M. Guyon. — Cette méthode nécessite deux temps opératoires : 1^o traitement de l'abcès ; 2^o traitement du canal.

1^o Traitement de l'abcès. — Il faut ouvrir le plus tôt possible et ne pas attendre que la fluctuation soit trop apparente, car plus on ouvre tôt et plus on a de chances d'éviter la fistule ; si l'ouverture est trop tardive, le canal, baignant dans le pus, peut se fissurer s'il ne l'est déjà ; de plus, on s'expose par l'ouverture tardive à une complication encore plus grave que la fistule, l'infiltration urineuse, la fièvre purulente. Si on voulait différer l'ouverture de l'abcès, on pourrait différer le traitement abortif et calmant avec cataplasmes laudanisés et belladonnés avec application d'onguent mercuriel. Mais, nous le répétons, il faut ouvrir le plus tôt possible, car l'incision soulage immédiatement le malade et met un terme à des douleurs souvent très vives ; on pare aussi par l'incision aux accidents graves décrits plus haut (sphacèle, infiltration d'urine). De plus, on arrête l'infection et la fièvre tombe dès le soir de l'ouverture de l'abcès. Donc incision de bonne heure, sitôt le diagnostic d'abcès périurétral fait, et ne pas attendre que la fluctuation soit trop évidente. Il suffira de constater l'œdème, la chaleur, la douleur, pour inciser. On peut employer le thermocautère ou le bistouri.

L'incision doit être large, elle doit partir de la racine des bourses, jusqu'à un centimètre de la marge de l'anus. Cette incision sera antéro-postérieure et située exactement sur la ligne médiane en suivant le raphé ; sans cela on pourrait avoir beaucoup de sang ce qui gênerait l'opérateur, car les parties latérales du périnée sont riches en vaisseaux ; on peut même inciser une partie des bourses sans craindre d'attaquer la vaginale si on reste sur le raphé médian.

Souvent en incisant on ne trouve rien dans les couches superficielles, il faut aller jusque dans la profondeur au voisinage de l'urèthre pour trouver le pus. Donc traverser l'aponévrose superficielle inclusivement et on trouve le pus qui sépare d'elle les vaisseaux et les organes importants de la région.

L'incision peut avoir une profondeur de 6 à 7 cent. avant d'atteindre le foyer purulent. Pour faire cette incision, le malade doit être placé dans la position de la taille périnéale, les cuisses également fléchies, la région ayant été au préalable rasée et antiseptisée par les procédés ordinaires. Il faut inciser couches par couches, jusqu'à ce que le pus jaillisse de la plaie, avec ses caractères particuliers, fétidité et liquidité. Sitôt la poche purulente ouverte, on introduit l'index gauche dans la plaie, et on débride avec soin toutes les infractuosités, et il faut faire attention de ne laisser aucun cul-de-sac purulent. Si l'incision

Le traitement est le même, que l'abcès soit aigu ou chronique ; car l'abcès chronique ne suppure qu'en passant par une phase aiguë ; donc, dans les deux cas, mêmes indications. Cependant, dans les abcès chroniques, le traitement est plus compliqué ainsi que nous allons le voir plus loin. Pour les abcès aigus, on se contente généralement de l'ouverture de l'abcès avec ou sans drainage, tandis que dans l'abcès chronique, l'excision des indurations est nécessaire pour éviter les récidives. Souvent, en effet, les malades reviennent avec de nouveaux abcès, si on s'est contenté seulement d'inciser, même quand cette incision a été suivie d'uréthrotomie interne ou de la dilatation du canal ; dans les cas de récurrence, les malades reviennent avec des masses fibreuses périuréthrales compliquant leur rétrécissement.

Donc, dans les abcès chroniques, ne pas se contenter de l'incision et du drainage, ni de l'uréthrotomie ou de la dilatation, mais encore faire disparaître les masses fibreuses périuréthrales qui seront une cause perpétuelle de récurrence.

Plusieurs méthodes sont actuellement en vogue pour le traitement des abcès périuréthraux ; nous décrirons les principales. Dans les abcès aigus simples, sans communication de l'urèthre avec la plaie de l'incision, un simple pansement sans drainage avec mèches iodoformées placées entre les deux lèvres de la plaie suffiront souvent et éviteront la réunion trop rapide des lèvres de l'in-

cision. Les deux principales méthodes employées sont :

1^o La méthode de M. le Professeur Guyon, incision, drain au plafond, excision des indurations si l'on a affaire à un abcès chronique. Uréthrotomie ou dilatation consécutive, au moins 15 jours après.

2^o Méthode de Horteloup, qui consiste dans l'extirpation complète de la poche purulente suivie quelquefois de résection de l'urèthre et de réunion immédiate de la plaie.

Dernièrement, M. Legueu (Gazette hebdomadaire, 27 avril 1893) a fait une communication sur le traitement des abcès périurétraux par excision ; nous en donnerons un aperçu.

M. Bazy conseille de supprimer le drain au plafond comme étant une complication opératoire inutile.

Du reste il est des cas, dit M. Desnos (congrès de chirurgie, 1892), où le drainage est inutile, si cela peut se voir sitôt après l'ouverture de l'abcès ; si le foyer a des parois lisses, sans anfractuosités, ne pas drainer et faire immédiatement l'uréthrotomie interne. Si le foyer a des parois anfractueuses avec clapiers, il faut drainer et éviter toute intervention immédiate sur l'urèthre, qui alors est exposé à la septicémie puisque l'urèthre baigne au milieu de ce foyer purulent et difficile à rendre aseptique.

M. Bazy dit avec raison qu'on a souvent abusé

la formation de fistules urinaires au moyen d'incisions très profondes, très larges.

Nélaton faisait la large incision en plaçant immédiatement une sonde à demeure quand il le pouvait.

Dolbeau disait : « L'ouverture de l'abcès n'est qu'un palliatif, et l'abcès aura toujours tendance à se reproduire tant que le rétrécissement de l'urèthre persistera ; il employait la dilatation de préférence à l'urèthrotomie *interne*. »

M. Desprez fut le premier qui appliqua le drainage au traitement des abcès urinaires. Nous retrouvons la description de l'opération dans la thèse de son élève M. Gandouet (1878).

Le drain permet en effet à la plaie de se consolider, et la cicatrisation profonde se fait lentement, et devient très résistante peut lutter contre les pressions ; il recommande de plus l'urèthrotomie ou la dilatation du canal, qui, jointe à cette résistance du périnée, permet d'éviter les récidives et surtout les fistules multiples.

D'après Gandouet le drainage serait inutile dans les abcès sans communication avec l'urèthre, nous ne décrivons pas ici le manuel opératoire qui ressemble beaucoup à celui de M. Guyon ; nous ferons cette description un peu plus loin ; nous décrivons seulement ici la manière de passer le drain dans la méthode de M. Desprez, on place l'indicateur gauche au fond de la plaie, et on glisse sur lui l'extrémité d'un stylet aiguillé au-

quel on a fixé un tube à drainage de la grosseur d'une plume d'oie ; on introduit ce drain d'arrière en avant c'est-à-dire de l'anus vers les bourses et l'on fait une contre-ouverture en avant du scrotum immédiatement sous la verge. On réunit ensemble les deux chefs du drain qui traversent le foyer dans toute sa longueur, ce passage du drain est facilité par la disposition des aponévroses du périnée. Car vu cette disposition, le pus fuse facilement vers la racine de la verge.

En présence des abcès périuréthraux aigus ou chroniques, deux grandes indications sont à remplir :

1° Ouvrir largement le foyer de l'abcès ;

2° Rétablir le canal normal de l'urèthre ; on pourra ainsi éviter les récidives et les fistules. Cependant les fistules peuvent se produire malgré ces précautions ; il est donc très utile de prévenir le malade de cette éventualité. Souvent, en effet, après l'incision l'urine ne passe pas immédiatement par la plaie, et ce n'est que quelques jours plus tard que se fait la communication, malgré toutes les bonnes raisons que le médecin peut donner à son malade, on l'accuse d'être cause de la formation de cette fistule urinaire.

Sans prendre toutes les précautions on a vu des abcès périuréthraux surtout aigus qui ne se terminaient jamais par fistule, bien que l'abcès soit allé jusqu'à maturité et se soit ouvert de lui-même sans intervention chirurgicale.

TRAITEMENT

Avant de commencer l'étude des méthodes actuellement employées pour le traitement des abcès périuréthraux, nous allons donner un aperçu rapide des traitements jadis en faveur auprès des chirurgiens. De tout temps, les auteurs se sont préoccupés du traitement des abcès périuréthraux. Avant Chopart et Desault, les chirurgiens faisaient la ponction de la vessie ou l'opération de la boutonnière. Par la ponction, on ne combattait pas la cause de la maladie, et l'on n'apportait aucun remède aux désordres causés dans les tissus par le pus. La boutonnière, opération difficile, et incertaine comme résultat, fut bien vite abandonnée.

J. L. Petit mit en honneur les larges incisions. Chopart, Desault, Boyer, plus tard employèrent de préférence les sondes à demeure, mais ils reconnurent les difficultés d'une guérison complète; et on trouva que l'irritation produite par les sondes et les bougies augmentait les progrès de l'abcès purulent; Boyer indiquait qu'il fallait largement et profondément ouvrir, et s'opposait à la réunion de la plaie, avec de la charpie mollette introduite entre les deux lèvres. De plus, il recommandait de rétablir le cours libre de l'urine

au moyen de bougies et sondes en gomme élastique. « Il faut, disait-il, employer les bougies sitôt « après le dégorgement des parties et la détersion « complète des plaies dont elle favorise la « cicatrisation. » Bonnet de Lyon, trouvant que le débridement était insuffisant, propose en plus la cautérisation dans le traitement des abcès périurétraux, il incisait la tumeur, il cautérisait au fer rouge, jusqu'à ce que l'eschare soit sèche ; mais une précaution était indispensable, c'était d'introduire un cathéter dans l'urèthre pour refouler celui-ci jusqu'en haut et le mettre à l'abri du fer rouge, cette méthode mettant trop l'urèthre en danger. De plus, l'opération était douloureuse, la fétidité persistait et souvent l'hémorrhagie était à craindre à la chute de l'eschare. Avec toutes ces méthodes, on évitait l'infiltration et non la fistule consécutive. Voillemier conseillait d'ouvrir l'abcès dès qu'on avait le moindre doute de son existence. Souvent on incise superficiellement et on ne trouve rien ; il faut donc aller profondément jusque 5 et 6 centimètres d'épaisseur et même plus, et l'on tombe alors dans le foyer purulent. Il plaçait une mèche de charpie pour écarter les lèvres de la plaie, et après 2 ou 3 jours quand le gonflement avait disparu presque complètement, il dilatait le rétrécissement en plaçant une sonde à demeure dans la vessie.

Civiale n'était pas très partisan de la sonde à demeure ; ce qu'il visait surtout, c'était d'éviter

était insuffisant ; il ne faudrait pas craindre de la prolonger du côté des bourses en ayant soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane. Le point important de cette partie de l'opération est le débridement avec le doigt ou la sonde canelée ; de tous les clapiers ou cloisons incomplètes qui pourraient mettre obstacle à la cicatrisation en retenant le pus et en s'opposant à son libre écoulement.

La cicatrisation se fait régulièrement sans drainage à l'aide de mèches iodoformées et d'un pansement à plat pour les abcès periuréthaux aigus dans lesquels le canal n'est pas endommagé, ni en communication avec la plaie, et quand la plaie est régulière et non anfractueuse. Si la cicatrisation se faisait trop vite, c'est-à-dire si les bords de la plaie voulaient se réunir avant que le bourgeonnement de la profondeur soit assez avancé, il suffirait de passer de temps en temps le doigt dans la plaie pour retarder un accolement trop rapide des bords de la peau. Sans cette précaution, la cicatrisation se ferait plus vite du côté de la peau que du côté de la profondeur, et c'est le contraire qu'il faut obtenir ; sans cela, on favoriserait la récurrence et on s'exposerait à un trajet fistuleux persistant.

L'incision étant faite, on lave la plaie d'une façon antiseptique en ayant soin de passer dans toutes les anfractuosités et on place le drain au plafond.

Le drainage qui avait été employé pour la pre-

mière fois par M. Desprez avait un inconvénient qui compliquait le manuel opératoire, c'était de nécessiter une contre ouverture; M. Guyon modifia le drainage de l'abcès périurétral en fixant le drain au plafond, c'est-à-dire au sommet de la plaie vers la racine de la verge, à l'aide d'un crin de Florence. Ce drain s'oppose à la cicatrisation trop rapide, permet à la plaie de se refermer lentement et rend au périnée sa force et en même temps sa souplesse. Pour fixer un drain au plafond, on prend un crin de Florence que l'on passe à une extrémité du drain et on arme ce crin sur une aiguille de Reverdin. L'indicateur gauche étant placé au sommet de la plaie vers la racine de la verge, on conduit l'aiguille sur lui et on la fait traverser la peau au niveau de la racine. Cette manœuvre est rendue facile par la disposition de l'aponévrose. On retire ensuite l'aiguille en laissant le crin en place; on tire sur le crin de façon à bien amener le drain au sommet de la plaie. Le malade peut ainsi faire tous les mouvements sans craindre un déplacement du drain. Ce drain qui doit être assez gros, sera changé seulement quand le bourgeonnement sera suffisant pour combler presque toute la plaie; on le remplacera alors par un drain plus petit.

En certains cas, il est nécessaire de placer deux drains en canons de fusils. Quelques chirurgiens se contentent du large débridement sans drainage, avec pansement à plat, ou mettent un drain sans le fixer au plafond. (M. Basy.)

Le pansement consiste en applications de gaze iodoformée ou de compresses phéniquées placées entre les lèvres de la plaie pour empêcher sa réunion trop rapide. S'il existait une fistule, ne pas s'en inquiéter outre mesure, et veiller à ce que l'urine s'écoule librement, en baignant la plaie mais sans qu'il y ait stagnation. La cicatrisation est lente, et il faut quelquefois quatre mois avant qu'elle ne soit complète.

En résumé, incision large et profonde sur la ligne médiane, débridement des anfractuosités, laissés en place jusqu'à oblitération presque complète. On a remarqué que les plaies péritonéales absorbaient très facilement l'acide phénique. On attribuait de plus la cicatrisation lente au mouvement incessant de la région et à l'impossibilité de maintenir le pansement en place.

Traitement du canal. — Doit-on uréthroniser ou dilater le canal immédiatement après l'ouverture de l'abcès, ou bien attendre quelques jours ? Les opinions sont très partagées. Il faut tenir compte surtout de l'état du malade. Si le rétrécissement était facilement dilatable, il faudrait procéder à la dilatation immédiate. Dans le cas contraire, en présence d'un rétrécissement très serré, il faudra attendre que la plaie soit bien bourgeonnée. Cependant, s'il y avait des signes d'infection, des symptômes fébriles, il faudrait faire l'uréthrotomie en pleine fièvre. On a remarqué un abaissement de la température quand on procédait de cette façon.

On ne doit pas sonder, recommande M. Guyon, quand on a affaire à un abcès aigu, cette intervention étant inutile et ne changeant en rien la manière d'agir. S'il y avait compression de l'urèthre, elle disparaît avec l'incision. S'il y avait rétension d'urine, elle disparaîtra de la même façon, soit que l'urine s'écoule directement par l'urèthre ou par la plaie; les mictions deviennent aussi moins douloureuses et moins difficiles. On a constaté qu'après l'ouverture de l'abcès, on introduisait des sondes plus grosses qu'avant l'incision. Avant de procéder à l'uréthrotomie, il faut constater que toute trace d'inflammation phlegmoneuse a disparue; il faut aussi que la plaie soit bourgeonnante. Sans cette précaution on pourrait avoir de la pyohémie par l'inflammation du cylindre spongio-vasculaire de l'urèthre en communication avec un foyer purulent.

Il n'est pas non plus nécessaire, s'il existe une fistule, de mettre une sonde à demeure dans la vessie, avant de faire l'uréthrotomie; nous savons en effet que l'urine peut baigner impunément la plaie, pourvu que son libre écoulement soit assuré. L'urine en passant sur la plaie ne met aucun obstacle à sa cicatrisation. Quand la cavité de l'abcès est presque comblée par le bourgeonnement, et qu'il ne reste plus qu'un étroit passage qui laisse filtrer un peu d'urine à chaque miction, il faut s'opposer à ce passage de l'urine qui devient un obstacle pour la cicatrisation complète.

On recommande alors au malade de se sonder à chaque miction avec une sonde de Nélaton. Si le rétrécissement était trop serré pour laisser passer la sonde, et si les mictions étaient trop fréquentes, on placerait une sonde à demeure, au moins pendant quelques jours.

Au moins 15 jours après l'incision, quand la plaie est bien bourgeonnante et que toute trace d'inflammation a disparu, on procède à l'uréthrotomie ou à la dilatation simple ; on passe des sondes tous les deux jours, et de cette façon on obtient une guérison plus rapide. Nous ne donnerons pas ici la description de l'uréthrotomie. On a abusé souvent de l'uréthrotomie, quand une simple dilatation aurait suffi à rendre le diamètre normal au canal.

Foyers anciens, mêmes indications. On fera toujours l'incision médiane et on placera le drain. Quelquefois cette incision n'est pas suffisante, et il faudra ouvrir les prolongements fistuleux à la sonde cannelée, ou cautériser au thermo-cautère les parois de l'abcès mis à nu. Il faut faire l'excision de toutes les indurations, de façon à libérer l'urèthre et fouiller toutes les anfractuosités de la plaie ; si on trouve des trajets fistuleux, il est nécessaire de faire des débridements latéraux. Quelquefois même, quand le canal de l'urèthre est trop endommagé, il faut en faire la résection partielle. Quelquefois certaines indurations disparaissent dans les jours qui suivent l'ouverture de l'abcès.

S'il restait une petite fistule, elle peut guérir par l'uréthrotomie ; si elle persistait après cette opération, il suffirait d'injecter des substances caustiques pour voir disparaître cette fistule. Dans le cas d'une fistule trop considérable, on aurait recours au traitement habituel des fistules.

2° Traitement d'Heurteloup. — On commence par introduire dans l'urèthre un cathéter jusqu'au niveau du rétrécissement de la partie supérieure du foyer, on trace deux incisions convexes extérieurement et qui se réunissent à 1 centimètre environ de l'anus. Ces deux incisions viennent se réunir en contact de l'urèthre si bien qu'on enlève comme un quartier d'orange. On introduit alors un doigt dans la plaie pour pouvoir examiner l'état des parties et les indurations, on enlève ces indurations soit au bistouri soit au thermo-causter même avec des ciseaux. On sépare pendant ce temps le canal de l'urèthre de toutes les indurations périphériques et une fois qu'elles sont enlevées, on aperçoit au fond de la plaie le canal de l'urèthre qui ressemble à une grosse artère injectée.

Pour un abcès aigu phlegmoneux, comme on a affaire à une poche molle et souple on peut facilement l'enlever avec les doigts, mais elle est quelquefois tellement friable qu'elle se déchire et ne s'enlève que par fragments.

Il faut alors s'occuper du canal et savoir ce qu'on fera pour le rétrécissement : d'après l'état

de ce canal on se décide soit pour l'uréthrotomie interne, soit pour l'uréthrotomie externe, soit pour la résection [partielle du canal. On n'a pas obtenu de beaux résultats avec la résection partielle du canal.

On fait deux sutures l'une superficielle avec des crins de Florence, l'autre profonde avec des fils de soie, on place une sonde Nélaton à demeure, on rapproche la plaie que l'on recouvre de gaze iodoformé, on fait un spica de laine qui comprime les bourses, et on a soin de tenir les jambes rapprochées à l'aide d'une serviette. Cette compression facilite le rapprochement et aide au dégorgement des tissus. Il faut avoir soin de vider la vessie toutes les deux heures, et faire suivre cette évacuation d'un lavage d'eau boriquée dans le canal et dans la plaie. Les jours suivants on fait les lavages moins souvent, seulement deux fois par jour.

Au bout de cinq à six jours, on coupe les fils profonds et on commence dès le lendemain à passer des Béniqués tous les jours. Enfin on enlève les crins de Florence le douzième jour. La bougie en gomme ne peut passer dans le canal que quand la guérison de la plaie est complète ou presque complète; car pour pénétrer dans le bout postérieur de l'urèthre, la bougie doit prendre point d'appui sur le périnée.

Dans les abcès aigus on se contente de l'incision et du drainage, cependant on s'expose, nous dit Heurteloup, à voir des récidives, car il se forme des lésions périurétrales qui seront le départ

d'abcès ultérieurs et de rétrécissement périphérique.

Le traitement de M. Heurteloup, dit M. Legueux dans la *Gazette hebdomadaire* du 29 avril 1893, n'est pas applicable à tous les abcès urinéux, mais seulement à une classe d'abcès ; nous voulons parler des abcès chroniques avec poussées subaigues ; la poche ou coque a eu le temps de se former, et on peut alors l'inciser une fois l'abcès ouvert. On avait proposé d'enlever le tout d'un coup sans ouvrir la poche où se trouve le pus, mais ce n'était pas pratique.

En résumé, nous préférons le traitement de M. Guyon qui est plus sûr et donne de bons résultats, il n'y a qu'un inconvénient, c'est la longueur de la cicatrisation ; le traitement Heurteloup présente aussi quelques grands avantages ; il évite les suppurations longues, les indurations, les fistules, il supprime la paroi de l'abcès avec la cavité qu'elle limite, ou enlève avec l'abcès le foyer d'infection ; ce dernier avantage existe aussi dans le traitement de M. Guyon quand on fait l'incision des masses indurées.

Si on a affaire à un abcès chronique, on pourra faire l'urèthrotomie immédiatement, car les parois de l'abcès sont constituées et retiennent le pus, et elles ne permettent plus l'absorption.

Dans les abcès aigus, n'intervenez jamais que pour soigner le rétrécissement, avant que tout travail phlegmasique en soit complètement éteint, sans cela on s'expose à des accidents septiques.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite) (1).

Rétrécissement de l'urèthre. Abscès urinaire compliqués d'infiltration d'urine. Incision, drainage, dilatation.

M. X...., 35 ans, a eu une première blennorrhagie à 18 ans qui a guéri rapidement, une deuxième à 22 ans qu'il a mal soignée et qui paraît s'être compliquée de cystite ; enfin une troisième à 24 ans qui a duré peu de temps à l'état aigu mais qui depuis lors n'a jamais été guérie ; il est resté toujours un suintement jaunâtre assez abondant qui tachait le linge.

Depuis quatre ans, les urines sont troubles, chargées de pus, les mictions sont assez fréquentes, le jet est devenu de plus en plus petit, ce qui l'oblige à mettre beaucoup de temps pour uriner et pour vider complètement sa vessie. Après chaque

(1) Nous devons les deux premières observations à l'obligeance de M. le Dr Malecot, et nous le remercions sincèrement.

miction, quelques gouttes d'urine restent dans le canal et tombent dans son pantalon lorsqu'il croit avoir fini d'uriner. De temps en temps surviennent des douleurs dans le flanc droit et dans la région lombaire.

Il y a dix jours, M. X... a été pris de douleurs au voisinage de l'anus et au niveau du périnée, douleurs qui le gênent pour s'asseoir et aussi pour marcher ; pendant huit jours il a de la courbature, un malaise général, des accès de fièvre le soir qui lui font craindre l'influenza. Il a combattu cet état général par une purgation ; le huitième jour après une miction plus pénible que les autres, il est pris de frissons violents et de fièvre intense qui l'obligent à garder le lit ; la douleur périnéale augmente, les bourses se gonflent ; accident qui n'a fait que s'accroître depuis deux jours.

Le 5 mai 1890, au moment où nous le voyons pour la première fois, la verge et les bourses sont considérablement tuméfiées et il existe sur la partie antérieure de celle-ci une large plaque de sphacèle qui répand une odeur infecte. Le périnée est tuméfié et il existe une masse dure qui occupe la ligne médiane ; la peau est rouge, œdématisée. Nous sommes manifestement en présence d'un abcès urinaire compliqué d'infiltration d'urine ; cette infiltration en outre a envahi toute la région sus-pubienne. La fièvre est intense, température 40°, en outre la cuisse droite est notablement augmentée de volume, elle est douloureuse et on constate les signes évidents de phlébite.

Incision médiane au thermo-cautère, destruction des clapiers avec le doigt, drain au plafond de chaque côté de l'urèthre; débridement sus-pubien. Après le débridement du périnée et la destruction de la plaque gangréneuse, le testicule gauche est à nu.

Le 6 mai, chute de la température à 37°. Cette amélioration dès lors a été progressive à part la formation d'un phlegmon qui s'est produit dans la région sus-pubienne et qu'il a fallu débrider.

L'urèthre qui présentait plusieurs rétrécissements assez serrés mais aussi assez mous, a été traité trois semaines après le débridement périnéal par la dilatation progressive. Deux mois plus tard la guérison du périnée et de l'urèthre [était complète, le malade conservant une difficulté dans la marche due à sa phlébite, difficulté qui a persisté pendant plusieurs mois et a fini par disparaître complètement.

Depuis trois ans il a suffi pour maintenir le canal libre de faire chaque année une séance de dilatation par les Béniqués.

OBSERVATION II (inédite).

Rétrécissement, abcès urineux compliqués d'infiltration d'urine. Incision, drainage. Uréthrotomie interne.

M. M..., 62 ans, a eu un écoulement il y a 14 ans qui aurait duré plusieurs mois.

Depuis trois ans il urine plus souvent et avec plus de difficulté. Le jet est petit et sort en tire-bouchon, aussi met-il longtemps pour vider sa vessie.

Depuis huit jours il souffre d'une *grosseur* au périnée ; grosseur qui l'empêche de s'asseoir et de marcher, et le force à s'aliter. Hier les bourses et la verge sont gonflées.

Le 19 février 1893, signes d'abcès urinaire et d'infiltration d'urine, laquelle s'étend à la région sus-pubienne ; pas de fièvre.

Débridement au thermo-cautère sur la ligne médiane, lequel amène la sortie avec violence d'un jet de pus mêlé d'urine et répandant une odeur infecte. Double drain au plafond, débridement sus-pubien. Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible.

Le 22 mars, l'uréthrotomie interne a montré que le canal était le siège de rétrécissements nombreux et durs.

Quinze jours plus tard guérison complète du périnée et passage facile d'un Béniqué 46. Retour de la santé et des forces.

M. Malecot, ancien interne de M. le professeur Guyon a opéré six abcès urinaires dont quatre étaient compliqués d'infiltration d'urine. Il se félicite d'avoir suivi en tous points la pratique de son maître ; incision, débridement de l'abcès, fixation du drain et uréthrotomie tardive. Il a presque toujours appelé à une période avancée de la ma-

ladies alors que les désordres locaux étaient considérables et l'état général grave, néanmoins cinq de ces malades ont guéri sans fistule et en conservant un urèthre facilement dilatable. Le sixième malade est mort 48 heures après l'intervention, mais il s'agissait d'un vieillard de 70 ans atteint de ramollissement cérébral, porteur de lésions anciennes et étendues de l'appareil urinaire; il avait la langue sèche, une fièvre ardente et une infiltration urineuse étendue à tout l'abdomen et aux lombes, infiltration qui se compliquait de gangrène répandant une odeur épouvantable; des cinq malades guéris, quatre avaient des rétrécissements multiples très durs; et ont été uréthrotomisés; le cinquième, porteur de rétrécissements serrés, mais plus extensibles a été facilement dilaté, d'abord par des bougies en gomme, en dernier lieu par des Béniqués.

OBSERVATION III (M. Guyon)

*Poche urineuse enflammée. Incision. Drainage.
Guérison.*

Gant..., 31 ans, a depuis cinq ans des symptômes de rétrécissement de l'urèthre. Entre à Necker avec une poche urineuse enflammée depuis trois semaines. Fièvre, douleur très vive.

La poche est largement ouverte; on pose un drain avec une contre-ouverture faite à la racine

des bourses. Uréthrotomie interne 17 jours après l'incision. Sonde à demeure. Le tube à drainage est enlevé le 27^e jour et la cicatrisation est complète au bout de 77 jours. L'urine ne sort plus par la plaie depuis 15 jours.

OBSERVATION IV (M. Guyon)

Rétrécissement de l'urèthre. Absès urineux.

Incision. Guérison.

T..., Jules, 33 ans, journalier, a contracté il y a 9 ans une blennorrhagie qui a reparu depuis à plusieurs reprises, à la suite d'excès. Au moment d'une de ces poussées aiguës *la corde* s'est rompue et a déterminé une uréthrorrhagie. Depuis un an le malade se plaint de troubles de la miction, ses urines sont purulentes, avec douleurs de reins.

Dans les premiers jours de juin 1883, la miction devient plus difficile, par suite d'un excès de boisson, et bientôt apparaît près de la racine de la verge une petite tumeur gênant la marche ; elle disparaît mais est remplacée par une autre beaucoup plus volumineuse du côté du périnée, dont le développement avec fièvre oblige le malade à garder le lit.

A son entrée, le 25 juillet 1883, le malade a un aspect cachectique ; la température est élevée. On observe un gros abcès au niveau de la fosse ischio-rectale droite. Cet abcès est ouvert largement et

laisse écouler un pus fétide non mêlé d'urine. Les brides sont rompues avec le doigt, et le foyer désinfecté à l'acide phénique.

L'abcès est situé entre l'aponévrose périnéale superficielle et la *peau*. Il est sous-cutané, sans aucune connexion avec le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale. Drain sans contre-ouverture, à cause de l'étendue latérale. L'urine n'a jamais passé par la plaie. L'état général s'est amélioré, les douleurs ont disparu.

L'urèthre est exploré le 26^e jour. On trouve un rétrécissement pénien dont la dilatation est entravée par des adénites inguinales suppurées. La cystite qui existait à son entrée à l'hôpital, disparaît par la dilatation. La cicatrisation est complète au commencement d'octobre 1883 (70 jours).

OBSERVATION V (M. Guyon)

Rétrécissement. Absès urineux. Incision et guérison incomplète à cause du départ du malade. Guérison complète après un nouveau traitement.

Jou..., Louis, marchand ambulant, 58 ans. Entre à l'hôpital le 17 mai 1883. A 14 ans il a eu une blennorrhagie qui n'a jamais été guérie. Il a subi plusieurs uréthrotomies internes par Civiale, la dernière en 1870. Il a continué à se sonder depuis ; il allait bien quand 15 jours avant son entrée

il s'aperçoit d'une tuméfaction douloureuse à la racine des bourses.

Le 22 mai, ouverture de l'abcès urinaire, qui est peu profond ; pas de drainage, pansement à plat avec gaze phéniquée. L'urine passe largement par la plaie. La plaie s'étant rétrécie, on fait la dilatation, le malade s'est sondé à chaque miction. Le passage des sondes réveille une uréthrite qui résiste aux instillations et qui cède après le débriement du meat.

Le 13 août (2 mois 1/2), le malade veut quitter l'hôpital, la cicatrisation étant incomplète ; il rentre le 22 avec un petit trajet fistuleux qui ne laisse pas passer l'urine.

Le 10 septembre, le malade rentre à l'hôpital, s'étant blessé en se sondant ; l'urine repasse par le trajet fistuleux.

L'exploration permet de constater quelques rétrécissements. Séances de Béniqués. Le malade quitte l'hôpital complètement cicatrisé, au mois d'octobre.

OBSERVATION VI (Personnelle : service de M. Peyrot à Lariboisière).

*Rétrécissement, abcès urinaire suivi de fistule :
Calcul de l'urèthre.*

Legrand Jules, 41 ans, ajusteur : Salle Nélaton, lit 22, entre à l'hôpital le 15 mars 1893.

En 1871 : première blennorrhagie à 21 ans, soignée au régiment avec du copahu et des injections au sulfate de zinc, cette blennorrhagie dure 3 mois et suivie de goutte militaire pendant cinq ou 6 ans. L'écoulement reparait au moindre excès.

En 1877 : 2^e blennorrhagie, probablement un chancre ; durée 1 mois.

Il y a 5 ans le malade s'aperçoit qu'il pisse en tirebouchon, les mictions sont fréquentes et peu abondantes, les dernières gouttes d'urine tombent sur les chaussures.

Le 1^{er} décembre 1892, le malade entre une première fois dans le service de M. Peyrot pour un abcès urinaire de la région périnéale, il est soigné par M. Basy ; l'abcès a duré 11 jours ; il reste une fistule qui persiste et qui nécessite l'entrée du malade dans le service le 15 mars. (Le malade avait quitté l'hôpital malgré M. Basy.)

On sent à la région périnéale une tumeur très dure, allongée dans le sens du canal, mobile, non douloureuse à la pression et ressemble à un véritable os plongé dans les parties molles.

Cette masse est en rapport avec la portion scrotale de l'urèthre et déborde le scrotum de 6 à 7 centimètres en arrière le long du périnée jusqu'à 3 centimètres de l'anus, cette induration a la grosseur d'un crayon.

Le long de l'induration se trouve l'orifice fistulaire qui s'ouvre un peu à gauche du raphé médium à 5 centimètres de l'anus.

Il y a 4 ou 5 rétrécissements successifs à la partie antérieure du canal. — L'urine passe encore par la fistule.

Urèthrotomie interne le 5 mai 1893 avec l'instrument de Civiale ; pas de sonde à demeure.

Le 26 mai. Ablution d'un calcul de l'urèthre et résection d'un trajet fistuleux uréthro-périnéal.

La résection du trajet induré conduit sur le canal de l'urèthre qui est fougueux à ce niveau et réséqué sur une étendue d'environ 1 centimètre : l'opération est facilitée par l'introduction du conducteur cannelé de Maisonneuve monté sur la bougie asmée qui seule peut passer. Les tentatives pour faire pénétrer une bougie d'un numéro plus élevé restent infructueuses alors qu'auparavant on avait passé une bougie n° 16, ce qui paraît indiquer que le calcul a pu augmenter rapidement de volume.

L'incision est prolongée par en haut le long des bourses de façon à inciser le canal au niveau de la partie moyenne de l'induration. Cette incision de 2 centimètres permet d'extraire le calcul qui est long de 3 centimètres et épais de 7 à 8 millimètres.

Le canal est suturé par une suture de Lambert au catgut en surjet, n'intéressant pas la muqueuse. On dévisse le conducteur cannelé et on visse sur lui une bougie qui reste toujours dans le bout postérieur. On fait glisser une sonde à bout coupé n° 16 sur la tige conductrice en essayant de passer

cette sonde dans le bout antérieur d'arrière en avant le canal est légèrement déchiré par la partie postérieure du bout antérieur. On le suture au calcut (suture de Lambert), on laisse à demeure trois pinces périnéales dont les ligatures trop profondes seraient difficiles à obtenir. — La plaie est suturée après lavage, on laisse la sonde ouverte dans l'urinal. La vessie est lavée parce que les urines sont toujours purulentes. — L'opération a été faite par M. Basy. — La guérison a été complète.

OBSERVATION VII. (Personnelle : malade suivi.)

*Abcès périurétral survenant dans le cours
d'une blennorrhagie : guérison sans fistules.*

M. X... a eu une première blennorrhagie à 18 ans, qui fut bien soignée et ne dura que 4 semaines ; mais vers le 4^e septenaire le malade ressentit une douleur à la région périnéale avec sensation de pesanteur ; en même temps quelques douleurs à la région lombaire ; bientôt une tumeur occupant exactement la *ligne médiane* se développa au périnée ; cette tumeur était oblongue et de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le volume augmenta pendant trois semaines, les urines étaient troubles et les mictions un peu gênées : la peau devient rouge et l'abcès s'ouvrit : la peau devient rouge et de lui-même après frictions

mercurielles et cataplasmes émollients. — Une petite fistule persiste quelque temps ; mais jamais l'urine n'a passé par la plaie du périnée.

2^o Blennorrhagie à 20 ans : qui dura 3 semaines et fut suivie au bout de la 4^e semaine d'un nouvel abcès urinaire qu'on laissa aller à maturité, et qui guérit sans fistule.

7^o Blennorrhagie à 21 ans, suivie aussi d'abcès périurétral. Cette fois-ci l'abcès est ouvert largement et guérit sans fistule, et sans drainage.

A la suite d'excès de coït ou de marche forcée, le malade voit survenir des abcès qu'on a toujours incisés : quelques-uns se sont terminés par résolution. La miction n'a jamais été gênée, si ce n'est au moment de la formation de ces abcès. Le canal exploré dénote un faible rétrécissement à la région bulbaire.

OBSERVATION VII. (Inédite : Service de M. Peyrot à Lariboisière.)

Rétrécissement ancien, abcès urinaire, Incision.

Car... Abel, 36 ans, employé ; salle Nelaton, lit 20. Entré le 10 août 1889.

Plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse : depuis quelque temps le malade s'aperçoit que ses mictions sont plus fréquentes, qu'il éprouve une certaine difficulté à vider sa vessie, il urine en tiring-bouchon et à la fin de la miction quelques gout-

tes s'écoulent sur ses chaussures, il a tous les signes d'un rétrécissement. A son entrée il se plaint d'une douleur à la région périnéale, et d'une *grosseur* qui l'empêche de marcher. En palpant la région on sent une tumeur dure médiane, douloureuse.

Incision le 21 août : Pas de drainage, pansement iodoformé à plat, avec mèche de gaze entre les lèvres de la plaie. — Dilatation du canal 3 semaines après l'incision. Guérison.

OBSERVATION IX

(M. Hallé, Société anatomique, 1884)

Rétrécissement de l'urèthre. Absès urinaire ouvert dans le rectum.

Jean B..., âgé de 62 ans, entre le 23 août 1884 à l'hôpital Beaujon, n° 8, salle Saint-François.

Il y a 15 jours qu'il ressent une légère gêne de la miction sur laquelle il insiste un peu et qui ne l'a pas empêché de continuer son travail. Depuis plusieurs mois il est sujet à une constipation opiniâtre. Le 14 août, à la suite d'une chute violente sur le sacrum, il ressent une gêne considérable de la marche et est obligé de s'aliter ; ses jambes deviennent faibles et il y renaît des douleurs vives, lancinantes qui les parcourent de haut en bas. Il se plaint aussi du ventre et des reins. A son entrée la vessie est entièrement distendue et douloureuse,

bien qu'il ait continué à uriner un peu et avec peine. Elle contient 3 litres $1/2$ d'urine. Du 23 août au 9 septembre, la rétention est complète. Le malade est sondé tous les jours 2 fois avec une sonde molle en caoutchouc rouge du calibre 12, et qui passe toujours sans difficulté. Les urines, dont la quantité varie chaque jour entre 1,000 et 1,500 grammes, sont normales et sans albumine, puis les dernières gouttes deviennent purulentes, avec odeur ammoniacale, enfin arrivent à contenir une grande quantité de muco-pus qui est évacué à la fin du catéthérisme.

La santé générale s'altère, l'appétit se perd, les digestions deviennent difficiles, quelques vomissements se produisent, la langue devient rouge ; la diarrhée apparaît. En même temps le passage de la sonde, toujours nécessaire, devient de plus en plus douloureux. Du 6 au 18 septembre, le malade a pu uriner seul ; l'urine s'écoule presque tout le temps, toujours ammoniacale et purulente. Cette purulence n'est modifiée ni par les lavages quotidiens à l'acide borique, ni par l'acide salicylique à l'intérieur.

Fièvre se déclare irrégulière, avec grands frissons.

A partir de ce moment, il y a des intervalles de rétention et d'incontinence, l'urine est extrêmement purulente. Les frissons sont plus fréquents. Vomissements et diarrhée incessants ; langue sèche avec muguet. Cachexie. Mort le 8 octobre de congestion pulmonaire.

Autopsie. — Les lésions uréthrales sont fort avancées. Dans toute l'étendue de la région membraneuse, du cul-de-sac du bulbe à la prostate, l'urèthre est absolument disséqué, libre au milieu d'un gros abcès urineux qu'il traverse à la manière d'un cordon arrondi du volume du petit doigt. La cavité de cet abcès s'arrête en avant au-dessous de la symphyse à l'aponévrose moyenne; elle se prolonge en arrière au-dessous de la prostate jusqu'au rectum, latéralement jusqu'aux parois pelviennes. Cette cavité est tapissée d'une membrane gris verdâtre lisse qui paraît ancienne. Dans cet abcès indépendant de la vessie, s'ouvre l'urèthre par une ulcération de 6 millimètres d'épaisseur, à bords grisâtres, déchiquetés, et qui siège à sa partie inférieure juste en avant de la prostate. L'urèthre incisé par sa paroi supérieure est manifestement altéré dans la région membraneuse. Il paraît légèrement rétréci en avant de l'ulcération, sa muqueuse est rouge, exulcérée en plusieurs points. Le foyer périurétral s'ouvre en arrière, dans le rectum, au-dessous du sphincter, par un pertuit fort étroit qui n'admet que l'extrémité d'une fine sonde cannelée. A ce moment la muqueuse du rectum est altérée, détruite sur une large étendue de 6 centimètres au moins.

Nous laissons de côté les autres parties de l'autopsie.

OBSERVATION X (Pescioni. Annales des maladies
des organes génito-urinaires, 1890.)

Phlegmon périurétral d'origine blennorrhagique.

Sujet âgé de 24 ans. Au 40^e jour de la blennorrhagie : tuméfaction considérable commençant au-devant de l'anus, sur la ligne médiane, et se prolongeant sur le périnée ; en formant une sorte de manchon autour de l'urèthre. Douleur très vive ; rétention d'urine complète. Température 38°.

Une sonde introduite ramène un peu de pus blanchâtre.

Incision sur le raphé médian. Lavage ; pansement à plat. Cicatrisation et guérison complète.

OBSERVATION XI (Horteloup, Annales des
organes génito urinaires, octobre 91.

Rétrécissement de l'urèthre. — Absès urineux chroniques. Incision. Uréthrotomie. Guérison.

Joseph P. 79 ans, salle Civiale, lit 25, donne peu de renseignements. A 23 ans a eu une blennorrhagie, il aurait fait depuis une chute sur le périnée. — Depuis 2 ans il aurait de la peine à uriner. Il a vu survenir, il y a quelques mois, des grosseurs entre les jambes, grosseurs qui étaient douloureu-

ses et, d'après ce que nous pouvons comprendre il y a peu de temps, il s'est fait spontanément une ouverture, par laquelle il s'écoule de l'urine.

En examinant son périnée on trouve une masse dure grosse comme un œuf de pigeon, au centre de laquelle existe un orifice assez considérable ; lorsqu'on introduit une sonde cannelée, on arrive dans un foyer pas très considérable, mais assez large pour permettre de faire promener l'extrémité de l'instrument, ce n'est donc pas un trajet fistuleux. L'exploration uréthrale fait constater un rétrécissement dans lequel pénètre une bougie n° 6, mais elle est serrée.

Le 7 avril, incision large de l'abcès, il sort du pus fétide, lavage antiseptique de la place, excision complète de la poche purulente et réunion par deux plans de suture.

Uréthrotomie, le malade sort guéri le 25 juin : on lui recommande de se passer des bougies n° 20 à bout olivaire. Il revient quelques semaines plus tard avec une petite déchirure de sa plaie laissant passer un peu d'urine : on lui repasse des Bénéiqué, on a cautérisé le petit pertuis, l'écoulement est devenu insignifiant et il est sorti dans les premiers jours d'août avec sa plaie complètement fermée et un périnée normal.

OBSERVATION XII (Inédite : service de M.
Peyrot, à Lariboisière.)

Abcès urinaireux. — Rétrécissement.

G.... François, 39 ans, salle Nélaton, lit 3.
Entré le 31 octobre 1891. Plusieurs blennorhagies à l'âge de 25 ans. Le malade a déjà eu 2 tumeurs voisines de la tumeur actuelle. L'une fut incisée l'autre abandonnée à elle-même s'ouvrit seule.

Le malade a depuis quelque temps les signes d'un rétrécissement (mictions difficiles, jet en tire-bouchon) et entre à l'hôpital pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule siégeant à la région périnéale sur la ligne médiane.

Cette tumeur est dure, douloureuse à la pression. La peau est rouge et chaude, la tumeur est adhérente à l'urèthre. Les mictions sont douloureuses et les urines troubles.

Le 14 octobre. Incision de l'abcès qui laisse couler du pus d'odeur infecte : L'urine ne s'écoule jamais par la plaie. Pansement avec mèche iodoformée placée entre les lèvres de la plaie. — Quelque temps après dilatation du canal et guérison.

OBSERVATION XIII (Inédite : service de M.
Peyrot, à Lariboisière).

*Rétrécissement de l'urèthre. — Absès urinaireux.
Incision. — Dilatation.*

Sar... Alfred, 45 ans, salle Nélaton, lit 24 ; 30 mars 1889. A 18 ans, traumatisme de la région périnéale suivi d'abcès urinaireux qui fut ouvert largement. Depuis cette époque trois nouveaux abcès urinaireux.

Le 30 mars, le malade entre à l'hôpital présentant à la région périnéale et sur la ligne médiane une masse douloureuse, fluctuante, qui l'empêche de s'asseoir. La peau est rouge et chaude.

Le méat urinaire est toujours humide et les mictions sont difficiles. — Rétrécissement à 10 centimètres du méat, laissant passer une sonde n° 10.

1^{er} avril : Incision large et profonde qui laisse écouler un pus fétide. Pansement à plat avec mèches iodoformées entre les lèvres de la plaie — Quelque temps après, dilatation jusqu'au n° 17.

OBSERVATION XIV (Inédite : service de M.
Peyrot, à Lariboisière.)

Absès urinaireux. — Incision.

Goc... Léon, 52 ans, employé ; salle Nélaton, lit 23, 17 juin 1891.

A eu dernièrement une blennorrhagie mal soignée à la suite de laquelle survient une tumeur de la région périnéale sur la ligne médiane : cette tumeur est fluctuante, et la peau est rouge ; on se trouve en présence d'un abcès périurétral.

Incision large, pansement à plat avec mèche de gaze iodoformée. Pas de rétrécissement appréciable.

OBSERVATION V (M. Guyon — publiée).

Rétrécissement de l'urèthre, abcès urineux. — Incision. — Drainage. — Dilatation. — Guérison.

Viv... Xavier, commis des postes, âgé de 56 ans, entre salle Saint-Vincent, à Necker, le 15 juillet 1883.

Plusieurs blennorrhagies, la première à 17 ans, depuis 10 ans il éprouve les symptômes d'un rétrécissement ; ces symptômes se sont accentués depuis 3 ans, il s'est passé des bougies. Huit jours avant son entrée, le malade constate qu'il a un noyau dur et douloureux en arrière des bourses au niveau de la région périnéale. La face s'allume avec frissons, perte de l'appétit. L'abcès se développe en quatre ou cinq jours. Les urines sont troubles, et les mictions fréquentes et douloureuses.

Au périnée on voit un gros abcès occupant la ligne médiane.

Le 18 juillet. — Incision sur la ligne médiane. Des brides nombreuses sont rompues avec le doigt, on fait une contre-ouverture au niveau de la racine du corps caverneux droit, on place un gros drain sur la plaie, les urines n'ont jamais passé par la plaie périnéale.

Le 9 août (22^e jour). -- On explore le canal et on trouve un rétrécissement pouvant admettre un n^o 11 de la filière Charière; ce rétrécissement se laisse dilater régulièrement.

Le 13 août (26^e jour). — Le drain est enlevé.

Le 54^e jour : le malade quitte l'hôpital presque complètement guéri, il reste une plaie tout à fait superficielle qui sera fermée avant huit jours. Ses urines sont devenues claires sous la seule influence de la dilatation du canal.

OBSERVATION XVI (Carlier : Union médicale
29 mars 1892).

*Rétrécissement. Absès urineux suivi de fistules.
Dilatation.*

Charles N..., 65 ans, sergent de ville, entre le 5 novembre 1891, à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, salle Saint-Jean, lit 18.

C'est un homme vigoureux qui a eu deux blénnorrhagies, l'une à 23 ans, l'autre à 25 ans; sans difficulté de la miction.

Depuis le 18 mars, un peu d'hypertrophie pros-

tatique qui occasionne un peu de fréquence nocturne. La miction reste facile.

Au mois d'avril, sans cause appréciable qu'un prétendu refroidissement, l'état général s'altère, gêne plus sérieuse de la miction. Au périnée on observe une tumeur dure, médiane, douloureuse, du volume d'une grosse noix.

Difficulté encore plus grande de la miction. N... consulte un médecin qui diagnostique abcès urinaire et conseille l'incision.

Cette incision est faite le 25 août par un médecin de Lille, pansement à plat, et on conseille au malade de n'uriner qu'au moyen d'une sonde pour empêcher l'ouverture récemment faite de rester fistuleuse.

La fièvre tombe, l'état général est bon, il se sonde lui-même, le n° 17 passe facilement, mais l'usage d'une sonde malpropre amène une orchite double au mois d'octobre.

Première entrée à l'hôpital le 6 novembre, l'état général satisfaisant, température 37°, appétit conservé. L'abcès est cicatrisé sauf deux points qui sont l'aboutissant de fistules urinaires; l'urine s'écoule par le périnée à chaque miction.

L'examen du canal avec un n° 18 fait découvrir deux anneaux, un très dur situé à l'entrée du périnée, l'autre au niveau du bulbe; on sent un ressaut à chaque anneau. Les urines deviennent claires par le repos.

On commence la dilatation le 8 novembre et

après quinze jours de traitement, on passe un 50 Bénéiqué ; on s'occupe alors du traitement de la fistule urinaire.

OBSERVATION XVII

(Horteloup. Annales du Mal des organes génito-urinaires, octobre 1891).

Rétrécissement. Absès urineux. Incision. Ablation du foyer purulent. Résection de l'urèthre. Dilatation.

C. Tonnellier, 46 ans. Entrée 13 mai 1891 salle Civile.

Il a eu 4 blennorrhagies, la dernière il y a cinq ans ; toutes, assez mal soignées, ont duré longtemps.

Vers le milieu de février, C... s'est aperçu que son jet d'urine diminuait, de plus que la miction était difficile et douloureuse.

L'examen du périnée révèle la présence d'un empâtement douloureux au niveau du bulbe : pas d'écoulement par le canal. Le canal est soigneusement exploré, et l'on constate un rétrécissement qui laisse passer une bougie n° 38. Le soir, il y a eu une augmentation de température, 39°6, puis tout se calma. On prescrivit de ne plus faire aucun examen de l'urèthre.

Le 21 mai, la tumeur périnéale devient doulou-

reuse, la température augmenta, et en quelques jours on vit se développer un abcès phlegmonéux qui, le 26 mai, jour de l'opération, présentait le volume d'un œuf de poule. La peau était tendue et la fluctuation évidente.

L'opération eut lieu le 26 mai, avec une température variant entre 39 et 40°; il avait, dès le soir même, un abaissement de température: on avait fait la large incision, l'ablation complète du foyer aigu et la résection complète d'un segment de l'urèthre et suture profonde et superficielle des 2 lèvres de la plaie.

Le lendemain matin, le thermomètre indiquait 36.8 et n'a jamais dépassé 37° à partir de ce jour.

Le 29 mai. On coupe les sutures profondes et on retire la sonde à demeure: grand lavage uréthral à l'eau boriquée.

Le 2 juin. Introduction sans grande difficulté du 32 Béniqué; le 4: 32 et 34; le 6, 34 et 35.

Le 7 juin. C... a uriné par la verge. Le 8 juin: 37 Béniqué, et tous les 2 jours introduction d'un numéro de plus en plus fort jusqu'au 46.

Le 16 juin on essaie, mais sans succès, l'introduction d'une bougie en gomme, bout olivaire, n° 18. La plaie du périnée est complètement fermée.

Depuis sa sortie, le malade se passe tous les jours sa bougie et urine avec facilité.

L'examen du pus fut fait par M. Bordas, qui ne trouva pas la bactérie pyogène mais seulement des microcoques.

OBSERVATION XVIII (inédite).

Service de M. Peyrot Lariboisière.

*Rétrécissement. Absès urinaire. Incision et
uréthrotomie immédiate. Guérison.*

P... Edouard, 32 ans, épicier, salle Nélaton, lit
6, 31 juillet 1889.

Rétrécissement de l'urèthre consécutif à une
blennorrhagie, ayant débuté depuis 4 an. Le jet
de l'urine diminue petit à petit, lorsqu'à la suite
d'un refroidissement qui l'a obligé de garder le
lit, le malade n'urine plus que goutte par goutte.

Depuis le 27 juillet, il ne pouvait guère uriner
seul. C'est alors qu'il a vu se former l'abcès qui se
trouve à la face postérieure des bourses sur la
région périnéale et sur le trajet du canal de
l'urèthre.

En l'examinant à son entrée, on trouve l'abcès
situé sur la ligne médiane du périnée : la peau est
rouge et les bourses œdématisées.

Le n° 6 de la sonde à bout olivaire rencontre un
premier rétrécissement à quelques millimètres de
l'entrée du canal et un autre situé plus profondé-
ment. On veut faire l'uréthrotomie interne par le
procédé ordinaire, mais la sonde est arrêtée par
l'abcès probablement, car on voit sortir le pus par
le méat. Après plusieurs tentatives d'introduire
la sonde et ne réussissant pas, on ouvre l'abcès

du périnée et on peut alors introduire une sonde n° 16 dans la veine, celle-ci est vidée et lavée. A l'aide de cette sonde, on peut faire passer le conducteur de l'uréthrotome dans la vessie, et alors on peut faire l'uréthrotomie.

On place une sonde à demeure dans la vessie, ce qui permet de faire de fréquents lavages.

La plaie périnéale est pansée avec des mèches d'iodoforme. Le lendemain, on fait un lavage de la vessie, et on renouvelle le pansement. Température, 37°5. Guérison complète sans fistule.

OBSERVATION XIX (inédite).

(Service de M. Peyrot, Lariboisière).

*Abcès urinaire, rétrécissement. Incision. Fistule.
Exstirpation des masses indurées. Guérison.*

R... Georges, 62 ans, journalier, salle Nélaton, lit n° 38. Entré une première fois à l'hôpital le 1^{er} novembre 1890.

Plusieurs blennorrhagies mal soignées ; gêne de la miction toujours croissante depuis cette époque, jet d'urine en tirebouchon.

Vers le 15 octobre 1890 le malade a ressenti une douleur à la région périnéale, douleur qui s'est accompagnée d'une induration située sur la ligne médiane, de la grosseur d'une noix ; cette grosseur qui l'empêche de marcher et de s'asseoir

le fait entrer à l'hôpital, et on fait le diagnostic d'abcès urinaireux.

Le 4 novembre 1890, incision large de l'abcès sur la ligne médiane ; il s'écoule du pus sanguinolent. Le malade ne veut pas subir l'uréthrotomie et sort, sa plaie n'étant pas cicatrisée ; des fistules urinaires persistent.

Deux ans après, le 16 novembre 1892, le malade rentre à l'hôpital ; on remarque que la partie supérieure du scrotum à gauche est indurée et œdématisée ; cette induration se continue à la région périnéale, on remarque trois ou quatre fistules à cette région. Le cathétérisme est facile avec une bougie n° 16. Il n'a jamais eu de rétention d'urine. L'exploration révèle trois ou quatre points rétrécis vers le bulbe. Le troisième rétrécissement est le plus fort et laisse passer un n° 17. Quand on fait le lavage de la vessie, l'urine sort par les fistules.

Le 30 novembre 1892, on fait l'extirpation de masses indurées, calleuses et percées de nombreux trajets fistuleux en communication avec l'urèthre. Le point de départ de ces fistules était à la face supérieure de l'urèthre.

Pansement à l'iodoforme. Dilatation. Guérison.

OBSERVATION XX (inédite).
(Service de M. Peyrot, Lariboisière).

*Abcès urineux compliqué d'infiltration d'urine.
Ineision. Uréthrotomie interne. Guérison.*

J... François, 48 ans. Salle Nélaton, lit n° 21.
12 janvier 1889.

Trois blennorrhagies. Il y a une dizaine d'années, le malade s'aperçoit qu'il pisse assez souvent, une quinzaine de fois par jour, le jet est en tirebouchon et les dernières gouttes tombent sur les chaussures. Pas de douleur pendant la miction. L'écoulement urétral était constant depuis cette époque; le malade n'a jamais été cathétérisé.

Le 8 janvier, le malade s'aperçoit d'une tumeur périnéale rouge située sur la ligne médiane; tumeur qui augmente de volume et s'étend du côté des bourses, de la racine de la verge et de la région sus-pubienne. On est en présence d'un abcès urineux compliqué d'infiltration d'urine.

A son entrée, 12 janvier, on fait de larges incisions avec débridement; pansement au salol et aux compresses phéniquées. Uréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve. Dilatation, sort guéri le 4 février 1889.

OBSERVATION XXI

Abcès urinaireux. Tuffier et Albarran. Ann. des mal. des org. gén. urin. Septembre 1890.

Michel R..., 69 ans. Entré le 8 octobre, salle Civiale n° 17, à Necker, pour une tumeur péritonéale survenue depuis quelques jours et présentant les signes d'abcès urinaireux.

Plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse. Rétention d'urine en 1870, difficulté d'uriner depuis huit jours. Avant son entrée, la miction est devenue plus pénible, le scrotum est tuméfié, et aujourd'hui la rétention est complète.

Incision de l'abcès, pus recueilli avec précautions bactériologiques. Drainage; trois rétrécissements, deux au méat, le troisième au bulbe. Le 3 novembre sort de l'hôpital; on lui passe un 34 Béniqué.

Bactériologie. — Le pus contenait la bactérie pyogène à l'état de pureté.

OBSERVATION XXII

Abcès urinaireux. (Tuffier et Albarran. Ann. des mal. des org. gén. uri. sept. 1890).

J. Qui..., 76 ans, entré salle Civiale, n° 1, à Necker, le 7 octobre 1889. C'est un vieillard amai-

gri, répondant mal aux questions qui lui sont posées. Gonorrhée à 20 ans ; fréquence et difficulté de la miction. Depuis un mois, frisson, fièvre, incontinence d'urine. Tuméfaction du périnée. A son entrée, on observe une tumeur longue de 6 centimètres située sur la ligne médiane, en arrière des bourses et non fluctuante encore.

Le long de l'urèthre, on trouve plusieurs rétrécissements péniens et bulbaires ; on passe une bougie 12 à demeure ; la prostate est un peu développée à gauche. L'état général est bon.

Le 1^{er} octobre, on change de sonde pour passer un 16.

Le 12 octobre, la tumeur étant fluctuante est incisée par M. Tuffier qui trouva une vaste cavité purulente remplie de brides ; l'urèthre est disséqué sur une étendue de 6 à 7 centimètres.

Lavage phéniqué, pas de fièvre, pas de passage d'urine par la plaie qui est belle.

Le 29 octobre, tentative de réunion secondaire qui échoue.

Le 2 novembre, les fils sont enlevés et le drain fixé au plafond.

Dilatation du canal.

Bactériologie. — Le pus contenait la bactérie pyogène pure.

OBSERVATION XXIII

(Auffier et Albarran. Ann. mal. org. gén. uri.
septembre 1890).

Rétrécissement abcès urineux. Incision et uréthrotomie interne dans la même séance. Fièvre consécutive.

M... Charles, 31 ans. Entré salle Civiale, à Neker, le 24 octobre 1889. 1^{re} blennorrhagie en 1888 qui dura six mois et fut mal soignée. Il consulta un pharmacien qui lui ordonna des injections à canal fermé. Cystite suraiguë qui s'est peu améliorée depuis. Ces jours derniers, les mictions sont plus douloureuses et plus fréquentes.

L'exploration du canal dénote plusieurs rétrécissements que l'on ne peut franchir qu'à l'aide d'une bougie filiforme ; les urines sont troubles, pas de polyurie.

Température, 39° le jour de l'entrée.

Le 28 octobre, douleurs au niveau du périnée. Légère induration médiane profonde située en arrière du scrotum, et qui fait saillie au périnée les jours suivants.

Le 30 octobre, M. Tuffier fait l'incision et l'uréthrotomie interne dans une même séance ; le foyer est profond et contient peu de pus. Sonde n° 16 à demeure.

Le soir, température, 39°.

Le 31 octobre, frissons, température de 37° monte à 40°.

Le 1^{er} novembre, 38°.

Le 2 novembre, la température tombe à 37°.

A partir du 4 novembre, plus de fièvre. La sonde est enlevée, lavages au nitrate d'argent et au sulfate de quinine.

Le malade perd un peu d'urine par sa plaie périnéale.

Bactériologie. — Le pus examiné contenait la bactérie pyogène et quelques microcoques.

OBSERVATION XXIV

(Tuffier et Albarran, Ann. mal. org. gén. uri.
septembre 1890).

*Abcès urineux anciens. Urithrotomie interne
et incision de l'abcès. Fièvre consécutive.*

B... François, 33 ans, entré le 31 octobre 1890 salle Civiale, à Necker, 1^{re} blennorrhagie à 18 ans; 2^e à 25 ans qui laissa un suintement urétral après le matin.

Depuis 1 an, gêne de la miction, et depuis six mois, grosseur du périnée. L'examen nous montre qu'il existe une série de rétrécissements péniens, et dans la région scrotale existe un rétrécissement très étroit qui laisse à peine passer une bougie filiforme : la vessie se vide mal.

L'abcès est médian, en arrière du scrotum, très volumineux et franchement fluctuant. Température, 37°.

Le 2 novembre, M. Tuffier fait l'uréthrotomie interne et incise l'abcès ; sonde à demeure n° 16. Lavage de la vessie ; le soir, température, 39°8.

Le 3 novembre, température, 38°8 le matin ; 39°6 le soir.

Le 4 novembre, température, 37°6 le matin ; 39°6 le soir.

La dilatation commencée le 10 novembre. Le malade soit guéri le 22. On lui passe un 40 Bénéiqué.

Bactériologie. — Le pus était pauvre en micro-organismes. Au moment de l'ouverture de l'abcès, la bactérie pyogène existait encore.

CONCLUSIONS

Les abcès périurétraux sont souvent la conséquence d'un rétrécissement, mais ne sont pas en rapport avec le degré de stricture de celui-ci. Il y a des abcès sans rétrécissement appréciable.

Au point de vue pathogénique, on divise les abcès en :

1° Abcès sans communication avec l'urètre et purement microbiens ;

2° Abcès en communication avec l'urètre avec épanchement d'urine dans le tissu cellulaire, urine qui, par la stagnation, est infectée par les micro-organismes.

Le pus des abcès contient les microbes ordinaires des suppurations plus une *bactérie pyogène* que quelques auteurs ont identifiée au *bacterium coli commune*.

Les abcès périurétraux sont aigus ou chroniques, se compliquent souvent de fistules urinaires et d'infiltration d'urine, quand l'intervention est trop tardive.

Le traitement comporte deux grandes indications :

- 1° Inciser de bonne heure l'abcès ;
- 2° Rétablir le diamètre normal de l'urèthre par l'uréthrotomie ou la dilatation.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et RENAULT. — Sur les bacilles de l'infection urineuse. — Société de biologie, 9 avril 1892.
- ALBARRAN et HALLÉ. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre 1890.
- ARIBAUD. — Absès périurétraux, Paris, 1861.
- BASY. — Maladies des voies urinaires.
- BASY. — Absès urineux. Pathogénie et traitement. — Progrès médical, 31 décembre 1892.
- BOUILLY, KERMISSON, PEYROT et RECLUS. — Manuel de pathologie externe. Tome IV.
- BOYER. — Maladies chirurgicales. Tome X, 1825.
- BRODIE. — Leçons sur les maladies des organes urinaires, traduction de Patron, 1885.
- CARLIER et ARNAULT. — Pathogénie et traitement des absès urineux. — Gazette des hôpitaux, 29 mars 1892.
- CARLIER. — Rétrécissement large et absès urineux. — Union médicale, 29 mars 1892.
- CARON. — Absès urineux. — Thèse, Paris, 1868.
- CARTIER. — Étude clinique sur les maladies des voies urinaires, Londres, 1879.
- CLADO. — Bactérie septique de la vessie. — Soc. anat., 30 novembre, 1888.
- CHARBONNIER. — Absès urineux du périnée. — Thèse de Paris, 1852.
- CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires. — Tome II, Paris, 1821.
- CHAUVEAU. — Absès aigu du périnée chez l'homme. — Thèse de Paris, 1848.

- CERNÉ. — Abcès urinaire. — Normandie médicale, 15 avril 1893.
- CIVIALE. — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires. Tome I, Paris, 1858.
- DESNOS. — Traitement des abcès urinaires. — 5^e congrès de Chirurgie française, 1891.
- DESNOS. — Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Paris, 1890.
- DICKINSON. — Des affections des reins et des voies urinaires. New-York, 1886.
- DICTIONNAIRE DECHAMBRE. — Article voies urinaires.
- DICTIONNAIRE JACCOUD. — Article : voies urinaires.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, tome IV.
- ENCYCLOPÉDIE INTERNATIONALE de chirurgie, 7^e volume.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, tome VII. — Paris 1884.
- FORBES. — Maladies chirurgicales des voies urinaires. — Médical New. — 21 mars 1892.
- FUBBRINGER. — Traité des maladies des organes génito-urinaires.
- GANDOURT. — Traitement des abcès urinaires par le drainage. Thèse de Paris 1878.
- GIRALDES. — Société de Chirurgie, 1855.
- GREFFIER. — Abcès urinaire. — France médicale 1888.
- GOULEY. — Disease of the urinary organs, New-York, 1893.
- GROSS. — System of surgery., tome II, Philadelphie, 1864.
- GUILLON. — Contribution à la chirurgie des voies urinaires Paris. 1754.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1885.
- GUYON. — Infection urinaire. Académie des sciences, 1891.
- GUYON ET BASY. — Atlas des maladies des voies urinaires.
- HACHE. — Traitement des abcès urinaires.

ANNALES des maladies des organes génito-urinaires.

HALLÉ. — De l'infection urinaire.

ANNALES des maladies des organes génito-urinaires. Février, 1891.

HORTELOUP. — Traitement des abcès urinaires; leçons cliniques de l'hôpital Necker.

ANNALES des maladies des organes génito-urinaires, octobre 1891.

HORTELOUP ET BORDAS. — Annales des organes génito-urinaires, octobre 1891.

KEYS. — Maladies chirurgicales des organes génito-urinaires. New-York.

LAVAUX. — Abcès urinaire.

LAVAUX. — Maladies des voies urinaires.

LEGUEUX. — De l'excision des abcès urinaires. Gazette hebdomadaire 29 avril 1893.

LEMOINE. — Tumeurs de l'urèthre. Thèse de Paris 1866.

NÉLATON-HORTELOUP. — Eléments de pathologie chirurgicale. Tome VI, 1885.

PAYONE. — Trattato sulle malattie vie urinarie. Palermo 1892.

PICARD. — Traité des voies urinaires. Paris 1892.

REBLAND. — Identité du bacterium coli commune et de la bactérie pyogène. Société de biologie, 19 décembre 1891.

REGINALD-HARRISSON. — Lecture on the surgical disorders of the urinary organs. Londres 1888.

RELIQUET. — Traité des opérations des voies urinaires. Paris 1877.

RENAULT. — Du Bacterium coli dans l'infection urinaire. Thèse de Paris 1893.

ROBERT ULTMANN. — Leçons sur les maladies des organes urinaires, publiées par Brinck. Vienne.

SCHUTZENBERGER. — Gazette médicale de Strasbourg, 1884.

SEDILLOT. — Contribution à la chirurgie. — Voies génito-urinaires, tome II, Paris, 1868.

SEGOND. — Absès urinaire. — Semaine médicale, 12 octobre 1887.

THOMPSON. — Leçons cliniques des maladies des voies urinaires, traduction de Janiaux, 1889.

TILLAUX. — Clinique chirurgicale. Tome II.

TUFFIER et ALBARRAN. — Note sur les micro-organismes des absès urinaires périurétraux. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre 1890.

VELPEAU. — Journal hebdomadaire, tome II, 1836.

VIDAL (DE CASSIS). — Traité de pathologie externe, tome IV, 1860.

VOILLEMIER. — Maladies des voies urinaires, tome I, 1868.

WINKEL. — Maladies des voies urinaires et de la vessie. Stuttgart 1886.

